

## 特集 最近の医療における感染症対策と研究の進歩

### 2: 院内感染

## 院内感染と病院・医師の注意義務について - 最近の裁判例の分析から -

田 中 浩 三

田中法律事務所弁護士

(平成16年10月19日受付)

(平成16年11月2日受理)

### はじめに

患者と病院（開設者）との医療関係は、医療契約である。医療契約の効果として、医療側には安全管理義務が発生する。この安全管理義務のなかには、院内感染の防止義務が含まれる。近時、院内感染によって医師の法的責任が認められ多額の損害賠償責任を命ぜられる裁判例が増加している。

### 1. 裁判例の概観

過去10年間（平成5年～15年）の裁判例をコンピューターの判例検索システムを用いて検索し、院内感染による病院側の責任が直接の争点となった判例をまとめたものが別表である。

これによれば、合計20件の裁判例のうち、医療機関の種類では、大学附属病院8件、県立・市立病院3件、赤十字病院3件、国立病院2件、個人病院3件、不明1件となっており、大学附属病院をはじめとする高度医療機関を中心として院内感染をめぐる係争事件が多いことがわかる。

次に、起炎菌については、MRSAが10件と圧倒的に多く、緑膿菌3件、真菌2件、サルモネラ菌、腸球菌、CD菌、C型肝炎ウイルス各1件、不明1件となっている。裁判例は、裁判の日から数年前（場合により10年程度以前）の事案について判断されるものであるから、現在問題となっているVRE（バンコマイシン耐性腸球菌）のような起炎菌に関する判例は調査の範囲ではまだ出されていない。

最後に、裁判の結論について概観すると、患者側勝訴（一部勝訴含む）14件、医療側6件となっており、通常の医療過誤事件と比較しても、院内感染が争点となった裁判においては、医療側の責任が認められたケースが多

表1. 従来のワクチンの種類と特徴

	成 分	誘導される免疫応答	持続期間
弱毒生ワクチン	生きた病原体	細胞性免疫 体液性免疫	終生免疫
ト キ ソ イ ド	無毒化した毒素	体液性免疫のみ	数年
不活化ワクチン	不活化したウイルス・菌体成分	主に体液性免疫	数年
成分ワクチン	感染防御抗原	主に体液性免疫	数年

い。しかも、医療側勝訴の判例は、平成10年までに限られており、その後の裁判例においては、いずれも患者側が勝訴しており、院内感染が関連して患者が死亡したり重篤な後遺症を負ったケースにおいては、近時医療側の責任が厳しく問われる傾向にある。

次に、医療側勝訴の裁判6件を見れば、判例（最終ページに記載）を除き、すべて感染経路が不明とされていることがわかる。感染経路が不明である場合、患者の死亡や後遺症の原因が、院内感染によるものがどうか不明確であることが多く、したがって、医療側のミスや不十分な院内感染防止策と患者側の損害との因果関係がはっきりしないことから医療側の責任を問いにくいことを示している。

ところが、の判例が出された平成10年ころから、感染経路が特定されることが多くなっている。その理由は必ずしも定かではないが、院内感染のメカニズムの解明がすすみ、医療鑑定がより充実してきていること、裁判所の医療機関に対する視線がきびしくなってきていることが影響しているように思われる。

次に、医療側勝訴の判例の事案では、  
、  
、  
の判例のように早期から院内での組織的感染対策が充実していることが特徴である。院内感染予防策が充実していることが、医療側の責任を否定する大きな要素であることがわかる。

しかしながら、やはり、平成10年ころから、  
の判例のように院内における感染防止対策が相当な  
されていた事案であっても、個々の医療行為における過失  
をとらえて医療側に責任を認める結論が出されるように  
なっている。

## 2. 各判例のうち特徴的なものを抽出のうえ事案と結論についての分析

A 病院の組織的な院内感染防止対策が不十分であった  
ことを理由として法的責任を認めたものとしての判  
例がある。

この事案は、直腸癌の除去手術を受けて入院治療中  
の患者に対し、病院給食を通じてサルモネラ菌に感染  
させたうえ、死亡させた事案で、病院においてサルモ  
ネラ菌を原因とする集団食中毒があり病院の昼食から  
サルモネラ菌が発見されたことから、病院側の衛生管  
理義務違反を認めて、患者の遺族に慰謝料の支払を命  
じたものである。病院における給食の場合、多くの患  
者がこれを食べることからして、集団食中毒の存在か  
ら、食材の汚染、調理場内のねずみなどの原因の可能  
性を指摘しながら、病院の衛生管理義務に違反がある  
と認めた結論に異論はなからう。

B 但し、このように、医療機関の感染防止対策の不備  
そのものに過失をとらえて医療側の責任を認めた判例  
は多くなく、以下の判例では、いずれもその争点にお  
いては、医療側の過失を否定している。

、の各判例においては、最終的に医療側の  
責任を認めているものの、病院の院内感染防止対策の  
不備があったかどうかについての争点では、医療側の  
責任を否定した。例えば、の事案では、院内感染対  
策委員会が設置され、MRSA 感染対策ガイドライン  
が設けられ、環境細菌検査、医師・看護師への保菌検  
査が定期的に施行され、消毒、手洗の徹底、手袋の使  
用、ディスポーザブル製品の使用が認められていた  
ケースで医療側の院内感染防止義務違反を否定してい  
る。

また、の各判例では、医療側にいずれも  
院内感染防止義務違反はないと判断され、最終的な結  
論としても医療側の勝訴となっている。

の事案では、上記院内感染委員会組織に加えて、  
廃棄物適正委員会を設置しての計画的廃棄物処理、

ベッドセンター、リネンセンターに衛生基準を設けたり  
専門の清掃業者による清掃によって高度の清潔性を  
維持していること、サーベイランスがしっかりしてい  
ることなどが指摘されている。

の事案では、MRSA 患者の隔離、専用医療  
器具の使用、洗濯についての特別の配慮など、感染患  
者に対する特別措置によって他の患者への感染を防止  
している点も評価されている。

このように、判例をみながりにおいて、医療側が  
組織的に院内感染防止対策をたてている場合に、裁判  
所もそれを積極的に評価している。

C 次に、院内感染防止対策そのものについては、過失  
を認めなかったり、触れられなかったものの、結局医  
療側の責任を認めた裁判例の理由について、分析して  
みる。

ア 担当医師の感染防止措置が不十分とされたもの

イ 担当医師の発症後の治療が不十分とされたもの

あるいは、その双方に過失があるとされたことに  
よって医療側の責任が肯定されたものに分類される。

例えば、の判例は、次のような事案で医療側の責  
任を認めている。

事案 平成8年9月25日 増幅弁閉鎖不全症の患者  
への人工弁置換手術術後  
ICUへ（このころICUに  
4名のMRSA患者在室）

同年9月26日 一般病室へ 痛み、発熱、

9月28日 白血球数、CRP値から  
感染症発症明確化

10月1日 起炎菌同定検査

10月5日 バンコマイシン投与

10月26日 MRSA 感染症にて死亡

薬剤感受性検査の結果、他の患者が保有するMRSA  
と本件患者のMRSAが同一である可能性が高いとした  
うえで、病院において複数の患者がMRSA感染症を  
発症するなか、本件患者について9月28日に感染症発  
症を認めながら起炎菌同定検査が3日後まで遅れたこ  
とに過失があると判断され、さらに、最初にバンコマ  
イシンが投与されたのは、9月28日の1週間後になっ  
た点について治療開始に遅れがあると判断している。

次に、の判例はスティーブンス症候群で入院した  
患者が緑膿菌感染で死亡した次のような事案において  
医療側の責任を肯定している。

事案 平成4年12月7日 患者入院  
 8日 臀部緑色汚染，白血球  
 7750 37.7度  
 9日 臀部背部に緑膿菌感染様  
 汚染拡大  
 10日 細菌培養（検査結果は15  
 日判明）  
 13日 死亡

この事案において，医療側は，抗生物質をその効果を見ながら次々変更するとすべての薬物に対する感受性を失う虞れがあること，容態からして血液培養検査を行うことは容易ではないなどと主張し過失の存在を争ったが，これに対し，患者側は，入院の翌日臀部に緑色の汚染が認められたから，速やかに血液培養検査，薬剤感受性検査を行い，緑膿菌に有効とされるモダシン等の抗生物質を投与したり入浴療法をとるべきであったと主張した。

これに対し，裁判所は，一般細菌の中でも敗血症の原因菌となる頻度が高い菌は限られており，緑膿菌はその中でも予後が不良であること，緑膿菌感染を防止できれば，他の原因菌による敗血症の発生や予後の危険性を減少させることができること，緑膿菌による感染が疑われ，38度以上の熱が認められる場合には速やかに経験的抗菌治療が開始されるべきであるとして，医療機関の過失責任を認めた。

更に，この判例は，原審の病院側勝訴の判例を破棄し差し戻した最高裁判所の判例である。

事案は，平成2年8月17日，金属プレス機に両手をはさまれて，両手圧挫創の傷害により入院した患者について，創の緑膿菌感染が生じて敗血症に伴う最近毒素性脳症及びショック症候群によって死亡に至ったものである。

最高裁判所は，重い外傷の治療を行う医師は，創の細菌感染から重篤な細菌感染症に至る可能性を考慮しつつ，慎重に患者や創の状態の変化を観察し，細菌感染に対する適切な措置を講じて，重篤な細菌感染症に至ることを予防する義務を負うとしたうえで，緊急手術の時点で細菌感染の懸念を有しており，翌18日に右手に多量の黄色の浸出液が認められ，発熱が継続していた状況では，より早い時点において，創の細菌感染を疑い細菌検査を行い，感受性の強い適切な抗生物質を投与するなどの予防措置を行うべきであったと判示し，担当医師および病院の責任を認めた。

これらの判例から理解されることは，

- ア 担当医師において感染症を疑う事情が存在した場合には速やかに起炎菌同定のための検査を行い予防措置をとること
- イ 感染後には薬剤感受性検査と適正な抗生物質を選択し早期に適正な治療を行うことが非常に重要である，ということである。

D 最後に，この判例について紹介することによって医療関係者の注意を喚起したい。この事案は，研修医である担当医が喀痰の細菌培養検査を実施し，MRSAが検出されたにもかかわらず，その検査結果が手術担当医師に伝えられず，手術担当医師もカルテ等で検査結果について確認しないまま手術を実施し，手術後もMRSA感染を疑わずに感受性のない抗生物質を投与して術後感染症からセブシスの状態としてしまった事案である。

本年8月6日，ある大学附属病院において，MRSA保菌者への手術前検査を確認せず外科手術をして敗血症により死亡するに至った事件が報道されたことも記憶に新しい。

これらの事案が示しているのは，病院内での医療従事者担当間のコミュニケーションの大切さをもう一度認識し直す必要がある，ということである。その大学附属病院においては，今後手術伝票にMRSAの検査確認欄を設けることとしたと報道されている。

## おわりに

過去10年間の裁判例の分析を通じて，医療現場において院内感染による被害をなくすために必要なこととして，以下のようにまとめてみたい。

- (1) 院内感染を防止するには，病院全体で組織的な院内感染防止対策が必要である。医療安全委員会の組織として，または，これと連携しながら院内感染防止のための委員会，院内感染防止マニュアルの策定，実行，定期的なサーベイランス，入院前の検査，感染者の隔離，手洗，消毒，滅菌の励行，ディスポーザブル製品の活用，廃棄物の適正処理，院内の清掃と空気の清浄化などこれまで提唱されている組織的予防策の実行が重要である。
- (2) しかし，それだけでは十分ではない。さらに大切なことは，医療に携わるすべての医療関係者が院内感染

防止の重要性を認識し、感染防止担当者任せにせず自らの責任で院内感染を防止するという強い意識をもつことであろう。

特に、患者の治療を実際に担当している主治医において、感染症が疑われる場合には速やかな起炎菌の同

定作業を行い予防措置をとること、また、病院内の検査担当者とのコミュニケーションを怠らないこと、そして、感染後は適正な抗生物質の選択、投与等によって早期治療を行い患者の生命を救うため全力を尽すこと、が求められている。

## 引用判例

裁判所など	判示事項	起炎菌	感染経路	過失の内容	組織的院内感染対策
福岡高裁 H14 5 9 患者側勝訴 2994万円 県立病院	スティーブンス・ジョンソン症候群で入院した患者が緑膿菌感染を引き起こし、多臓器不全、DIC で死亡した場合	緑膿菌	スティーブンス症候群による広範囲な皮膚病変により皮膚が細菌感染に対する防御機能を失い、皮膚障害に起因する体蛋白の喪失、蛋白合成機能の低下、ステロイドの大量投与から易感染状態となり、皮膚から緑膿菌である可能性を否定しえないグラム陰性桿菌により細菌感染。	スティーブンス症候群に罹っている患者につき、二次的感染を防止し、これに罹った場合は症状を軽減する処置を施すべき注意義務。本件では、 緑膿菌感染を疑った時点で、直ちに血液培養検査により 感染の有無、起炎菌同定 薬剤感受性検査によって起炎菌に最も有効な抗生物質を選択して投与 緑膿菌の感染を促すフルマリンの投与中止 起炎菌を想定しての経験的抗菌治療 皮膚の壊死部の細菌感染に対する入浴療法 本件では 乃至 が出来ていない。	
名古屋地裁 患者側勝訴 H13 .12 .19 2548万3640円 大学附属病院	心臓バイパス手術を受けた患者が真菌（カンジダ菌）に感染して真菌性眼内炎を発症し両眼失明した場合	カンジダ菌（真菌）	内因性の日和見感染	縦隔洞炎の治療中ではあるものの深在性真菌症の病態の発症を疑わせる徴候がないが十分に注意を払い、視力障害を訴え又は視力障害の徴候を示した時期に眼の状態に対する注意を怠り、眼底検査を行うべきであったのに行わなかった。	・院内感染対策委員会の設置 ・MRSA 感染対策ガイドライン ・環境細菌検査・保菌検査 ・デスポーザブル製品の使用 ・消毒・手袋の着用
さいたま地裁 患者側勝訴 H13 9 26 4377万9896円 大学附属病院	患者が肺アスペルギルス症（かびの一種による感染症）で死亡した場合	真菌（アスペルギルス菌）		元肺がん患者で高血圧、糖尿病、高脂血症の治療を受けている患者に、胸部レントゲン検査の結果、透亮影を含む壁が厚くなっていること、浸潤影が見られること、新たな透亮影が見られるなど、二次感染を示す所見が認められたことからすると残存肺への二次感染とその起炎菌が真菌でないかを疑い、喀痰などからの培養検査や血清学的検査により起炎菌の鑑別を行うべきであるのにこれを怠った。	
最高裁判所 病院側勝訴の 原判決 破棄差戻 H13 6 8 認容額なし 大学附属病院		緑膿菌		外傷の治療では開放創からの感染防止が絶対に必要。手術終了時に細菌感染の懸念を有していたにもかかわらず、手術後13日目に創部細菌検査を行っているが、それ以前に細菌感染の有無、感染細菌の特定及び抗生剤の感受性判定のための検査をし、その結果を踏まえて感染細菌に対する感受性の強い抗生物質の投与など細菌感染症に対する予防措置を講ずべき注意義務有り。	
前橋地裁 患者側勝訴 H13 3 22 3797万1935円 個人病院	他に MRSA 感染症発症患者が存する状況下での MRSA 感染症発症者に対する治療における医師の注意義務	MRSA		感染症発症が明確になった場合、速やかな起炎菌同定と、早期の適切な化学療法（治療薬投与）が必要であるところ、菌培養検査、バンコマイシンの投与ともに遅れている。	
東京地裁 患者側勝訴 H13 .1 .29 900万円 個人病院	超音波水晶体乳化吸引術（PEA）眼内レンズ挿入術による白内障手術を受けた患者が術後眼内炎に罹患した左眼を失明した場合	腸球菌	手術の創口から眼内に進入	タリビッドの点眼など術後眼内炎の防止のため一般的に行われていた水準の術前無菌法が採られておらず、腸球菌の減菌が不十分。	
静岡地裁 患者側勝訴 H12 3 21 1882万9831円 赤十字病院	乳児が生後間もなく MRSA を起炎菌とする化膿性股関節炎にかかり、右大腿骨骨端の成長が阻害されるなどの傷害を残した場合	MRSA		担当医師の一人が、化膿性股関節炎等の鑑別の必要があると記録したにも拘わらず小児科全体としては、整形外科の早期鑑別診断を求めることなく、蜂窩織炎ではないかとの判断で外科への治療を依頼し、化膿性股関節炎の診断及び治療が遅れた。	

大阪地裁 患者側勝訴 H12.1.24 225万円 市民病院	直腸癌の治療のため直腸癌下部 前方切除術を受けた患者が入院 治療中、癌が再発した後に給食 によりサルモネラ菌に感染させ た上、発熱・下痢の症状を呈し ていたにもかかわらず、数日間 輸液をなさなかったことにより 患者の死期を早めた場合	サルモネラ 菌	食材の汚染、調理場内のネズミ、 昆虫類の生息可能性などから集団 食中毒が発生	院内の清潔を保持するなど衛生管理義務違 反。	
鳥取地裁 患者側勝訴 H11.12.21 1644万6875円 県立病院	慢性腎不全のため持続的外来式 腹膜透析に行っていた患者が腹 膜炎を発症して死亡した場合	緑膿菌	カテーテル損傷部からカテーテル 内腔に侵入。カテーテル処置後に 注入された CAPD 透析液を介し て身体に侵入。	カテーテル感染症が遷延しており、起炎菌 が緑膿菌であることも判明したため、カ テーテル損傷により緑膿菌が身体に侵入す る危険性につき予見可能であり、カテー テル損傷行為は医師としてカテーテル処置を する際に緑膿菌を身体に侵入させないよう にする注意義務に違反。	
横浜地裁 小田原支部 病院側勝訴 H10.10.23 認容額なし 大学附属病院	僧帽弁亀裂修復、弁形成等の手 術を受けた患者が、MRSA に 感染して死亡した場合	MRSA		手術前に MRSA 感染の有無につき検査義 務無し。感染時期、経路を特定できず、ICU で治療したことに過失無し。医療水準に照 らして MRSA の感染防止、治療について 過失無し。	・院内感染対策委員会、小児病棟感染検 討委員会の設置 ・廃棄物適正委員会の設置と計画的廃棄 物処理 ・ベッドセンター、リネンセンターに衛 生基準、高度の清潔度維持、専門業者 による清掃、環境測定基準の設定 ・一行為一手洗の原則 ・サーベイランス
東京高裁 病院側勝訴 H10.9.30 認容額なし 大学附属病院	先天性疾患である心室中隔欠損 症等の治療を目的とする右心室 流出路拡大術等の手術を受けた 幼児が MRSA 感染症による敗 血症で死亡した場合	MRSA		手術室内、ICU 内での消毒体制が同種の 医療機関と比較して特に劣っていたことは ない。	
大分地裁 患者側勝訴 H10.8.24 2億6136万円 病院不明	病院の患者ら・従業員の C 型 肝炎への罹患について、医師の 注射が原因とされ、使い捨て注 射器の不使用及び注射器の消毒 不完全による注意義務違反	C 型肝炎 ウイルス	注射針に付着したウィルスが注射 により体内に侵入。原告の一人は 注射針の洗浄・消毒作業中の手指 への誤刺。	厚生省通知（昭和62年）以後、患者ごとに 十分な消毒を施した使い捨ての注射針を使 用し、一旦使用した注射器は十分な消毒を してから再使用すべき注意義務の違反。	
山口地裁 患者側勝訴 H10.6.30 1510万3110円 赤十字病院	入院中の重症新生児が MRSA に感染して重篤な後遺障害が発 生した場合	MRSA		患者が MRSA に感染したことについて過 失はないが、抗 MRSA 薬剤の投与が遅れ たことに過失有り。	・週一回の咽頭培養 ・MRSA 検出児のコット、クベースの 表示、専用品の使用 ・医療スタッフのバート着用 ・NICU 入室時のうがい ・イソジンクリーム塗布 ・ウエルバスでの消毒、手洗い
大阪地裁 患者側勝訴 H10.4.24 1億180万48円 大学附属病院	MASA に感染した患者に対し てなされた手術の実施及び術後 管理について	MRSA		研修医である担当医が喀痰の細菌培養検査 を実施し、MRSA が検出されたにもかか わらず、手術担当医師に伝えられず、手術 担当医師も手術前にカルテ等で検査結果に ついて確認せず手術を実施した。 手術後も MRSA 感染を疑わず MRSA に対し て感受性のない抗生物質を投与、術後感染 症を引き起こしてセブシスの状態とさせた。	・感染症予防委員会の設置 ・MRSA 患者への個室転室 ・入退室時の消毒 ・術前の入院患者へのうがい励行 ・手術予定患者への咽頭・鼻腔粘膜の細 菌培養検査等
仙台地裁 患者側勝訴 H10.1.20 660万円 大学附属病院	胃ガンで胃の全摘手術を受けた 後抗生剤の投与を受けたところ 激しい下痢症状に陥り死亡する に至った事案	CD 菌	抗生剤の投与により、腸内細胞叢 されて変化、CD 菌が異常に増し て偽膜性大腸炎が発生	大腸炎の発症により早期に気づき、大腸内 内視鏡検査の施行、糞便の細菌培養検査、 CD 菌に着目した嫌気性培養の検査を施行 し、偽膜性大腸炎かどうかの確定診断を得 て、CD 菌による大腸炎に対してその可能 性が認識された時点でバンコマイシン等の 投与を行うべきであった。	
東京地裁 病院側勝訴 H9.9.18 認容額なし 国立病院	胃全摘手術を受け、MRSA 腸 炎に罹患し、術後 5 日目に死亡 した場合	MRSA	（他の患者の MRSA と薬剤感受 性異なる）	・病院の院内感染対策 ・抗生剤の選択（モダシン） ・バンコマイシンを経口投与せずに静脈投 与したこと ・術後管理 それぞれ過失なし	・院内感染対策委員会の設置 ・サーベイランスシステムによる MRSA 月報 ・病室を出入する際の消毒 ・MRSA 患者の場合、自宅での洗濯や 熱湯をくぐらせる措置

東京地裁 病院側勝訴 H8 6.17 認容額なし 赤十字病院	心室中隔欠損症等の先天性疾患の治療を目的とする右心室流出路拡大術等の手術を受けた幼児が MRSA 感染症による敗血症のため死亡した場合	MRSA		感染源及び感染経路を確定できない以上、いずれの点について過失があったかを確定することはできない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手術室において、サージカルマット及びウエルバスでの出入口の消毒</li> <li>・使用ごとに取替えるガウンの着用</li> <li>・上腕部中ほどまで消毒用ポビドンヨードでブラッシング</li> <li>・ディスポーザブルな人工弁・人工血管</li> <li>・手術室、器材室での二重消毒</li> <li>・テゴー液での床・ベッドの消毒</li> <li>・ICU において、1 月 1 回床・ベッド・モニター等テゴー液で消毒など減菌の徹底</li> <li>・感染患者と非感染患者が使用するレスピロメーター区別</li> <li>・ゴミの分別処理、殺菌灯、専用包交車、洗濯物の区別、消毒等</li> </ul>
東京地裁 病院側勝訴 H8 5.27 認容額なし 大学附属病院	胃癌手術後病院に入院中に MRSA 感染症により患者が死亡した場合	MRSA		認められない。昭和63年当時 MRSA 腸炎は臨床現場で一般に知られ、関心が持たれている疾患ではなく、MRSA 感染症の治療法についても確立していなかった。本件は、被告病院での MRSA 腸炎と考えられる第一例であり、患者の臨床症状が MRSA 腸炎としては非定型的なものであった。そのような状況下で胃癌手術 4 日後に MRSA 腸炎を疑い、当時有効との報告があったチェナムの投与をし、腹水について細菌培養の依頼をしたことなどから、発症を見落とし早期治療を怠ったとは言えない。	
東京地裁 病院側勝訴 H8 5.15 認容額なし 国立病院	膀胱癌、S 状結腸癌で、膀胱、S 状結腸の切除手術を受けた患者が手術後に MRSA に感染して死亡した場合	MRSA	IVH カテーテルの可能性が高い	当時の一般的な院内感染防止措置をとっていたこと、予後観察を行ったが観察結果から MRSA 感染を疑わせる具体的な兆候はなかつたこと、IVH カテーテルの挿入・管理・抜去はマニュアルに沿った運用がされていたこと、血液検査からは感染症の予兆を看取しえないことから過失は認められない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・MRSA 感染症に関する講演会</li> <li>・院内感染対策委員会の設置</li> <li>・MRSA 小委員会の設置</li> <li>・MRSA 院内感染防止対策の冊子</li> <li>・感染判明時の隔離、専用医療器具の使用、手洗いの厳守、マスク・ガウン帽子の使用</li> </ul>
福岡地裁 患者側勝訴 H5 5.27 2285万6484円 個人病院	上腕部骨折部の骨接合手術の際の尺骨神経の損傷と術後の感染症の発症について	起炎菌不明		骨折部の骨接合手術の際、尺骨神経を発見・確認し、それを保護した上で骨接合手術を施行すべき注意義務を怠った。また、手術後高熱が続いていたにもかかわらず、CRP 等の炎症発生を調べる検査等を全く行わず、手術後10日間以上も包帯交換をせずに患部の炎症・分泌物の有無も確認しないで、適切な感染防止の措置を怠った。	

(注) これらの判例は、<sup>10)</sup> EOC の判例秘書 (コンピューター判例検索システム) を利用して抽出したものである。

*Responsibility for medical malpractice on nosocomial infection  
-by analyzing judicial precedents for past ten years-*

*Kohzoh Tanaka*

*Lawyer, Tanaka Law Office, Tokushima, Japan*

SUMMARY

Through analyzing judicial precedents on nosocomial infection for the past ten years, I will summarize the important methods preventing troubles and damages caused by nosocomial infection in medical institutions as follows :

( i ) To prevent nosocomial infection, the whole hospital should systematically take preventive measures against nosocomial infection. It is essential to carry out systematical preventive measures ever suggested, such as to set up the committee for preventing nosocomial infection, which works as organizing committee in the Medical Security Committee or teams up with it, to lay down the manual for preventing nosocomial infection and make use of it, to do periodical surveillance, to examine patients before entering the hospital, to isolate infectious patients, to make a habit of washing hands, disinfecting or sterilizing equipments, to utilize disposable products, to dispose of medical waste properly, and to clean rooms and air.

( ii ) But these measures are not enough. What is more important, all medical stuff engaged in medical treatment should recognize the importance of preventing nosocomial infection, and be strongly conscious of preventing nosocomial infection with self-responsibility, not leaving to the person in charge.

Particularly, physicians in charge engaged in treating patients directly are required to identify microbe or virus which causes inflammation and take preventive measures against such microbe or virus immediately, and not to neglect to communicate with clinical examiners in the hospital. And furthermore, they must start to treat patients as soon as possible, selecting the proper antibiotic and giving it to them, and do their best in order to save their lives.

Key words : preventive measures systematically taken, identification of microbe, proper antibiotic, communication with clinical examiners, self-responsibility